

1. А.Н. Веденский. Варикозная болезнь. — Л., 1983.
2. А.Н. Веденский. Новый способ коррекции патологического кровотока в венах голени
3. // Вестник хирургии. — 1988. — №4. — С. 143-144.
4. А. А. Кишин, М.Ф. Муравьев. Патофизиологические аспекты гемодинамики нижних конечностей. // Практическая флебология. — Самара, 1991. — С. 30-38.
5. Г.Д. Константинова, В.Б. Карташев. Отдаленные результаты радикальной венэктомии в сочетании с коррекцией клапанной недостаточности глубоких вен. // Хирургия. — 1986. — № 12. — С. 51-54.
6. Ю.Т. Цуканов. Коррекция эктазии бедренной вены. // Хирургия. 1985. — №6. — С. 59-62.

Поступила 5.10.1996 г.

**А.И.МАРОЧКИН, Е.В.КАРПОВИЧ, Ю.А.МИСЕВИЧ**

## **ОПЫТ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

Медсанчасть Гомельского химзавода (главный врач - Крот С.Я.)

Приведены результаты 146 лапароскопических холецистэктомий и 291 сеанса экстракорпоральной дистанционной ударноволновой литотрипсии у 190 больных желчекаменной болезнью, выполненных в хирургическом отделении городской больницы. Описаны показания к их применению, особенности исполнения, встретившиеся осложнения.

Желчнокаменная болезнь — это системный процесс, характеризующийся образованием камней в желчном пузыре, реже в желчных протоках. По материалам вскрытий умерших по другим причинам, у каждого десятого в желчном пузыре обнаружены камни. Вместе с тем клинические проявления болезни встречаются лишь у 10% камненосителей, преимущественно у женщин от 30 до 50 лет.

По данным статистики бывшего СССР заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) составляет 4-5% от общего числа жителей. По данным зарубежной статистики ею страдает до 15% от общего числа жителей / 1 /. Явный рост заболеваемости прослеживается и в связи с возрастом, хотя имеются наблюдения камней в желчном пузыре и у совсем маленьких детей / 4 /. Желчнокаменная болезнь уже занимает одно из лидирующих место среди всей хирургической патологии.

Желчнокаменную болезнь следует рассматривать как заболевание, имеющее в основе своей нарушения обмена веществ, а образование камней — как следствие этих нарушений. Согласно одной из теорий, решающее значение в образовании камней принадлежит нарушению физикохимического состава желчи. Удержание холестерина в растворенном состоянии обусловлено главным образом желчными кислотами. При снижении содержания холатов в желчи холестерин кристаллизуется и выпадает в осадок. В нормальной желчи соотношение между холатами и холестерином составляет 15:1, а при желчекаменной болезни оно снижается до 6:1. В бывшем СССР ежегодно проводилось до 100 тысяч операций по поводу ЖКБ. Летальность при этих операциях составляла от 2% до 8%, 4-5% оперированных нуждались в

повторных операциях. У 10%, а по данным некоторых авторов, у 40% оперированных развивался постхолецистэктомический синдром.

В настоящее время очень широкое распространение получила эндоскопическая хирургия. Этот метод оперативного лечения имеет значительные преимущества перед традиционными методами хирургического лечения ЖКБ. Однако и он не гарантирует больным полного выздоровления и отсутствия осложнений /2, 3/.

Лапароскопическая холецистэктомия в МСЧ химзавода г.Гомеля в лечении больных желчнокаменной болезнью применяется с декабря 1994 года. В настоящий момент мы располагаем опытом 146 лапароскопических холецистэктомий. Операцию производим из 4 точек. Параумбиликальная точка служит для создания пневмоперитонеума и введения лапароскопа, эпигастральная точка - для введения аппликатора клипс и удаления желчного пузыря и две в правом подреберье - для введения зажимов. Операцию всегда заканчивали подведением микроирригатора к Винслову отверстию через латеральный прокол в правом подреберье. Дренаж, как правило, удаляли на вторые сутки.

Специального отбора больных не проводили. Отказывали в операции лишь больным с тяжелой сопутствующей патологией. Среди оперированных было 126 женщин и 20 мужчин. В возрасте до 40 лет было 25 больных, от 40 до 60 лет - 82, свыше 60 лет - 39. У 66 больных была отмечена различная сопутствующая патология. У 55 больных отмечалось разной степени ожирение. 45 больных в прошлом оперированы на органах брюшной полости, в основном в нижних отделах живота. У 7 пациентов в прошлом были выполнены операции на верхнем этаже брюшной полости. Лапароскоп у них вводили через микролапаротомию выше или ниже пупка. Трое больных имели грыжи белой линии живота и 3 - пупочные грыжи, которые использовали для введения лапароскопа, а операцию заканчивали герниопластикой. В 18 наблюдениях во время операции столкнулись со сложностью выделения элементов шейки желчного пузыря. В этих ситуациях производилась холецистэктомия от дна. Это дало нам возможность закончить операцию лапароскопическим способом и избежать повреждения желчных протоков. В одном наблюдении мы имели осложнение в виде потери желчного пузыря в брюшной полости. Осложнение неопасное, но удлиняющее время операции.

У одной больной калькулезный холецистит сочетался с острым геморрагическим панкреатитом. Приводим наблюдение. Больная Т., 28 лет, с ожирением III степени. В отделение поступила с клиникой острого холецистопанкреатита. В течение 2-х недель проводилась консервативная терапия. Оперирована после стихания острых явлений. На операции: в области желчного пузыря рыхлый инфильтрат, на брюшине видны множественные бляшки стеатонекроза. Произведена лапароскопическая холецистэктомия. Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана домой через неделю после операции. Осмотрена через 9 месяцев. Жалоб не предъявляет.

У 9 больных отмечено интраоперационное осложнение в виде разрыва стенки желчного пузыря с миграцией камней в свободную брюшную полость. Это случается, в основном, у больных с отключенным желчным пузырем и водянкой желчного пузыря, когда стенка его истончается и легко повреждается при малейшем контакте с инструментом. В этих ситуациях удалось лапароскопически собрать все камни. Брюшную полость тщательно отмывали физиологическим раствором, операцию заканчивали, как обычно, подведением микроирригатора к Винслову отверстию. Гнойных осложнений нами не отмечено ни у одного больного. В 2 наблюдениях имелось желчеистечение из ложа желчного пузыря, что послужило поводом в одном случае перейти на

открытую ревизию, а во втором - выполнена релапароскопия и лапаротомия (на вторые сутки). В обоих случаях источник желчеистечения не был найден. Операции закончены дренированием брюшной полости. Больные выписаны с выздоровлением. Дважды до начала лапароскопической холецистэктомии мы были вынуждены перейти на открытую операцию. Причиной послужили в одном наблюдении выявленные при лапароскопической ревизии раковый инфильтрат в области ворот печени, во втором - плотный воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря, вызванный вклиненным в кармане Гартмана камнем. В двух наблюдениях во время лапароскопической холецистэктомии нам удалось произвести интраоперационную холангиографию, и в одном - холедохоскопию.

У 26 больных был удален отключенный желчный пузырь, у 9 - сморщенный, у 15 - флегмонозно измененный, у 6 - была эмпиема желчного пузыря. В 80 наблюдениях диагностирован хронический холецистит. Двое больных, оперированных лапароскопически, умерло от тромбоэмболии легочной артерии, возникшей на вторые сутки после операции. Одна больная страдала ожирением III степени, другая - тяжелой формой миопатии. 5 больных, оперированных лапароскопическим методом, обращались в последующем по поводу болей в правом подреберье. Больные тщательно обследованы. Причину болей найти нам не удалось.

Вот уже более 15 лет, наряду с хирургическими методами лечения желчнокаменной болезни, робко развиваются неинвазивные методы ее лечения. К ним относятся литотрипсия и применение литолитических препаратов. В МСЧ химзавода г.Гомеля в течение 3-х лет применяется дистанционная ударноволновая литотрипсия у больных ЖКБ. Литотрипсию проводили с помощью внетелесного литотриптера на колебательных волнах безванной конструкции с ультразвуковой локализацией БД 8828 китайского производства.

Обязательным условием для проведения литотрипсии является сохраненная функция желчного пузыря, отсутствие яркой симптоматики желчнокаменной болезни и согласие больного на проведение данной процедуры. Перед литотрипсией и после ее проводилось ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря с целью определения признаков фрагментации камня и исключения возможных осложнений. За отчетный период нами проведена 291 литотрипсия у 190 больных. Среди них 168 женщин, 22 мужчины. В возрасте до 40 лет было 76 больных, от 40 до 60 лет - 79 и старше 60 - 35. У 85 больных отмечались множественные камни желчного пузыря. У 106 - одиночные. Ни одного осложнения, связанного с литотрипсией, мы не наблюдали.

50 больным с множественными камнями желчного пузыря было проведено по одной литотрипсии, 30 - по две, 5 - по три. Положительного эффекта у больных с множественными камнями желчного пузыря после проведения литотрипсии мы не наблюдали. Среди больных с одиночными камнями желчного пузыря у 16 были камни до 1 см в диаметре, у 60 - до 2 см и у 25 больных камни были больше 2 см в диаметре. 14 больным с одиночными камнями до 1 см проведено по одной литотрипсии. Среди них у 8 отмечена фрагментация камня. 2 больным проведено по две литотрипсии. Фрагментация камня отмечена у 2 больных.

23 больным с одиночными камнями от 1 до 2 см в диаметре проведено по одной литотрипсии. У 13 отмечена фрагментация камня. 32 больным с камнями от 1 до 2 см в диаметре проведено по две литотрипсии. Фрагментация отмечена у 14 больных. 5 больным с камнями от 1 до 2 см в диаметре проведено по три литотрипсии. Фрагментация отмечена у 3 больных.

29 больным с одиночными камнями желчного пузыря более 2 см в диаметре также проводилось от одной до трех литотрипсий. Лишь у 2 больных отмечено дробление камня на крупные фрагменты.

На основании вышеизложенного можно сделать некоторые **выводы**:

- ◆ Желчнокаменная болезнь в настоящее время занимает одно из лидирующих мест среди хирургических заболеваний органов брюшной полости.
- ◆ Традиционные способы ее хирургического лечения отходят на второй план. Методом выбора является сегодня лапароскопическая холецистэктомия, эффективность которой зависит от оснащенности хирургического отделения специальной аппаратурой, от навыков и опыта оперирующих хирургов.
- ◆ Наибольшая эффективность литотрипсии наблюдалась у больных с одиночными камнями желчного пузыря до 1 см в диаметре при сочетании ее с применением литолитических препаратов.
- ◆ Литотрипсия не показана при наличии одиночных камней диаметром более 2 см и у всех больных с множественными камнями желчного пузыря.

#### *ЛИТЕРАТУРА*

1. Гришин И.Н. Холецистэктомия. - Минск, 1989. - 197 с.
2. Гришин И.Н., Кузуров Г.П., Маринич А.А. и соавт. Опыт эндоскопической хирургии / XX пленум правления общества хирургов РБ. - Тез. докл. - Новополоцк, 1994. - С.209-210.
3. Шорох Г.П., Завада Н.В., Подымако Н.С. и соавт. Первый опыт лапароскопической холецистэктомии в Минской городской больнице скорой помощи / XX пленум правления хирургов РБ. - Тез. докл. - Новополоцк, 1994. - С.314.
4. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д., Ковальчук Е.С. и соавт. Бескаменные холециститы у детей / Хирургия. - 1996. - N 4. - С.15-17.

#### MODERN METHODS OF TREATING GALLSTONE DISEASES IN THE MUNICIPAL HOSPITAL

A.I. Marochkin, E.V. Carpovich, U.A. Misevich

Results of carrying out 146 Laparoscopic Cholecystectomies and 291 sessions of extra-corporal distant wave Lithotripsy on 190 patients with gall stone diseases were performed in the surgical ward in the Municipal hospital.

Indications for application, peculiarities of execution. Complications.

Поступила 25.10.1996 г.